

Sur un Cas
d'Encéphalite Epidémique
avec Hémiplégie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Decembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean ESCOFFIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne Sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 25 Octobre 1898, à LA RICAMARIE (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

SUR UN CAS
D'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE
AVEC HÉMIPLÉGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 59

Sur un Cas
d'Encéphalite Epidémique
avec Hémiplégie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Decembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean ESCOFFIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne Sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 25 Octobre 1898, à LA RICAMARIE (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.)
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOU.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROQUE, président; SAVY, assesseur;
THÉVENOT Lucien et ROCHAIX, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

PARIS (*externat*)

MM. CASTAIGNE, GUILLAIN, ROGER, MAUCLAIRE

SAINT-ÉTIENNE

MM. NORDMAN, GONNET

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL HARVIER

Médecin des Hôpitaux de Paris

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON MÉTIVET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MON JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse;
qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GONNET

Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

Qui nous a toujours témoigné la plus
grande bienveillance pendant le semestre
d'internat que nous avons passé dans
son service. C'est lui qui nous a donné
le sujet de cette thèse et qui nous a largement
aidé dans la rédaction de celle-ci.
Nous lui adressons avec nos remerciements
l'expression de notre profonde
gratitude.

SUR UN CAS
D'ENCEPHALITE LÉTHARGIQUE
AVEC HÉMIPLÉGIE

Introduction.

L'observation qui fait l'objet de ce travail représente une modalité tout à fait exceptionnelle de l'Encéphalite épidémique. L'hémiplégie, en effet, ne joue, dans la masse des documents publiés au sujet de l'Encéphalite, qu'un rôle des plus effacés.

La communication initiale de MM. Cruchet, Moutier et Calmette, parue en avril 1917, et qui est basée sur 40 cas d'« Encéphalo-myélite », mentionne bien une forme hémiplégique, mais sans y insister davantage ni sans citer de faits à l'appui. Et cette forme n'a été signalée, à notre connaissance tout au moins, dans les travaux ultérieurs, qu'une seule fois (AUSSET, Encéphalite léthargique avec syndrome de Millard-Gübler chez un garçon de 10 ans), et il s'agissait d'une hémiplégie protubérantielle.

Si l'hémiplégie est notée, accessoirement d'ailleurs, dans de très rares observations, c'est toujours avec le qualificatif « d'incomplète et transitoire ». Nous

n'avons pas pu, dans les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré, découvrir aucune observation absolument semblable à celle qui fait l'objet du présent travail. Ici, l'hémiplégie fut presque contemporaine du début de l'affection, d'emblée, elle fut massive et complète et elle persista telle jusqu'à la fin de l'évolution. Nous nous sommes donc trouvé en présence d'un cas clinique rare, et, c'est à ce titre, que nous avons cru intéressant d'en faire le sujet de ce modeste travail.

Observation.

(Service du Docteur GONNET, Hôpital de Saint-Etienne)

D..., Pierre, 45 ans, employé de chemin de fer, consulte pour la première fois le Docteur GONNET, le 25 novembre 1922, pour des secousses musculaires.

Le malade a joui, jusqu'à l'affection actuelle, d'une parfaite santé. Il est marié, père de 3 enfants bien portants ; sa femme n'a pas eu de fausses couches ; lui-même nie la syphilis.

Il dit avoir présenté, une quinzaine de jours auparavant, un léger état grippal avec courbature, frissons et toux ; cet épisode n'a pas nécessité l'interruption du travail.

Le 24 novembre, au matin, au moment de prendre son travail, il éprouve une sensation de froid dans le bras droit associée à une certaine maladresse gênant l'écriture. Dans la journée, il constate que sa main droite est le siège de mouvements involontaires de fermetures alternatives des doigts. Il reprend néanmoins dans la soirée son service de la nuit ; c'est alors que commencent à se manifester dans les membres droits des secousses musculaires violentes pour lesquelles il consulta le Docteur GONNET. Celui-ci constata ce qui suit :

« Secousses limitées aux deux membres du côté droit, se
« répétant par série, à intervalles irréguliers, brusques et
« affectant le corps musculaire dans sa totalité. Ces se-
« cousses ne sont pas toujours assez accentuées pour en-
« traîner un déplacement. Les muscles affectés sont toujours
« les mêmes : territoire radial à l'avant-bras (long supinateur
« excepté) et groupe postérieur de la jambe. Quelques secous-
« ses au niveau du quatriceps et de la face postérieure de
« la cuisse. Dans l'ensemble, le membre inférieur est sensi-
« blement moins affecté que le supérieur.

« Légère diminution de la force à la main droite ; elle
« est normale ailleurs. L'exécution des mouvements volon-
« taires est gênée par les secousses, qui amènent des me-
« naces de chute sur parquet ciré.

« Sensibilité normale. Réflexes tendineux vifs. Réflexes
« cutanés plantaires en flexion.

« Réactions pupillaires normales.

« Examen viscéral : albuminurie très légère. Tension
« artérielle : 145/100 (palp., ausc.). »

Le Docteur GONNET conseilla l'entrée à l'hôpital (25 no-
vembre).

Dans la nuit du 25 au 26 novembre — que le malade
passa chez lui — il eut une crise épileptiforme ; les rensei-
gnements — donnés par sa femme — ne sont pas assez
précis pour dire si elle fut du type Jacksonien : la femme
du malade dit seulement qu'il y eut perte de connaissance,
écume aux lèvres, révulsion des yeux. Cette crise dura deux
ou trois minutes, et, immédiatement après, le malade s'aper-
çut que sa jambe et son bras droits étaient complètement
paralysés et agités de mouvements rythmiques et continus.
Une nouvelle crise — en tous points semblables à celle de
la nuit — eut lieu le 26 novembre, vers midi. Le malade
entra à l'hôpital le soir même. On constate à ce moment
une hémiplegie droite complète, flasque, respectant la face.
Il ne persiste dans les membres du côté droit que des mou-
vements insignifiants. En outre, ils sont affectés de secousses
rythmiques brusques, violentes, qui frappent surtout la face

postérieure de l'avant-bras, de la cuisse, de la jambe, produisant l'extension du poignet avec flexion des doigts, la flexion du genou et l'extension du pied. Ces mouvements ont lieu au rythme de 128 à la minute ; ils sont synchrones aux deux membres.

Le malade n'accuse aucun phénomène douloureux.

Les réflexes tendineux et périostés sont normaux (l'achilléen droit est difficile à rechercher en raison des secousses du pied).

Le réflexe cutané-plantaire se fait en extension à droite, en flexion à gauche.

Les pupilles égales réagissent parfaitement aux deux modes.

On ne constate aucun phénomène parétique du côté des nerfs moteurs de l'œil. Pas de diplopie.

La sensibilité objective est trouvée normale à tous les modes.

Le reste de l'examen viscéral montre :

Quelques râles sous-crépitants aux deux bases.

Cœur normal, tension artérielle : 130/80 (palp., ausc.).

Foie et rate normaux, albuminurie légère.

Température d'entrée : 38°4.

Le soir même, à 20 heures et dans la nuit, à 2 heures, le malade aurait présenté une crise douloureuse de deux à trois minutes, caractérisée par des grands mouvements des membres droits. Les renseignements fournis à ce sujet sont imprécis.

27 novembre. — Température : le matin 37°7, le soir 38°.

Rien de spécial à signaler.

Dans la nuit du 27 au 28, le malade aurait présenté sept à huit crises de deux à trois minutes de durée, avec grands mouvements du côté droit, mais il est impossible d'avoir plus de détails.

28 novembre. — Un nouvel examen complet confirme le précédent dans tous ses détails. On note cependant en plus

une légère parésie faciale : un peu d'asymétrie de la mimique, la langue est un peu déviée à droite.

Le malade est très inquiet de son état, néanmoins psychisme normal.

On pratique une ponction lombaire qui montre :

1° Liquide clair,

2° Tension au manomètre de CLAUDE : 24 (position couchée),

3° Pas d'éléments cellulaires,

4° Albumine : 0 gr. 40,

5° Le dosage du sucre n'a pu être fait.

Le malade est présenté au Docteur MOREAU, Ophtalmologiste de l'hôpital de Saint-Etienne, qui, après un examen minutieux, conclut à l'intégrité absolue de la musculature extrinsèque et intrinsèque, ainsi que du fond des yeux.

Température : le matin 37°5, le soir 38°1.

29 novembre. — Les secousses myocloniques persistent, mais très atténuées, aux membres supérieurs droits ; ce sont de toutes petites secousses à caractère rythmique régulier.

Au membre inférieur droit, par contre, le rythme est très irrégulier : les secousses sont tantôt nettement différenciées et espacées par un court intervalle d'une seconde environ ; tantôt, au contraire, très rapides, constituant un véritable tremblement. Elles s'interrompent par périodes de 15 à 20 secondes.

L'hémiplégie persiste, complète à droite. Les membres gauches sont toujours indemnes.

On constate une altération évidente du psychisme : Le malade est moins préoccupé de son état et, par moments, rit sans motif. Il existe un certain degré d'amnésie par rapport aux événements récents.

Légère dysarthrie, parole pâteuse.

Température : le matin et le soir 38°.

30 novembre. — La parole est réduite à un bredouillement inintelligible, le malade ne comprend pas la parole et n'exécute pas les ordres simples.

Une nouvelle ponction lombaire montre :

Tension au manomètre de CLAUDE : 11 (position couchée).

Les résultats de laboratoire, dus à l'obligeance du Docteur DEVUNS, donnent :

1° Deux à trois leucocytes par millimètre cube (lymphocytes et grands mononucléaires en quantité égale),

2° Hyperglycorachie (méthode de SICARD-ROUSSEAU),

3° Wassermann céphalo-rachidien négatif.

Température : le matin 37°6, le soir 37°7.

1^{er} décembre. — Les secousses nyocloniques ont complètement disparu au membre supérieur droit ; elles persistent, mais très intermittentes, au membre inférieur droit.

L'hémiplégie et la parésie faciale restent stationnaires. L'aphasie est un peu moins prononcée ; le malade comprend les ordres simples et prononce quelques mots intelligibles.

Température : le matin 37°6, le soir 37°4.

2 décembre. — Albuminurie légère.

Température : le matin, 37°3, le soir 37°5.

4 décembre. — L'aphasie a disparu, mais on constate un état de dépression très marquée. L'hémiplégie droite persiste. La myoclonie a cessé du côté droit ; par contre, on constate, pour la première fois, des secousses myocloniques dans le membre inférieur gauche (face antérieure et postérieure de la cuisse, face postérieure du mollet).

On assiste pendant la visite à une crise épileptiforme incomplète, caractérisée par une obnubilation passagère et par des secousses musculaires de grande amplitude.

Température : le matin 37°2, le soir 37°5.

5 décembre. — La température s'élève à 38° le matin et le soir. Pouls à 100.

Torpeur psychique : le malade répond cependant faiblement aux questions qu'il comprend bien.

Les secousses musculaires sont uniquement localisées au membre inférieur gauche ; chaque grande secousse est suivie

de trois à quatre plus rapides et d'amplitude plus faible donnant l'impression d'un début de tétanisation musculaire.

6 décembre. — L'état général s'aggrave. La température monte à 38°4 le matin et 39°2 le soir.

7 décembre. — L'hémiplégie droite persiste massive.

Les secousses myocloniques frappent exclusivement le membre inférieur gauche.

L'état général s'est encore aggravé.

Le coma s'installe progressivement dans la journée.

Température : le matin 39°6, le soir 39°7.

Le malade meurt à 20 heures, sans avoir repris connaissance.

En résumé, il s'agit d'un adulte vigoureux, qui est pris, après quelques jours de léger malaise, de secousses myocloniques localisées aux deux membres du côté droit. Quarante-huit heures plus tard, apparaît une crise épileptiforme, aussitôt suivie d'une hémiplégie droite massive. Celle-ci persistera jusqu'à la fin, tandis que la myoclonie, d'abord renforcée, finira peu à peu par s'atténuer et disparaître du côté primitivement atteint pour gagner le côté gauche. Entre temps, on a vu se développer une aphasie transitoire et des troubles psychiques à type confusionnel. Le malade succombe après 14 jours de maladie, sans que la température ait guère dépassé 38°, si ce n'est le jour de la mort, où elle a atteint 39°4. Il n'y a jamais eu ni hypersomnie ni troubles oculaires, même fugaces.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée le 9 décembre.

L'examen macroscopique du cerveau n'a montré qu'un certain degré de congestion des vaisseaux pie-mériens. Il n'y avait ni hémorragie ni ramollissement ni méningite surajoutée.

La note ci-dessous, due à l'obligeance du Docteur DEVUNS, Chef du laboratoire des hôpitaux, résume l'examen histologique des centres nerveux.

TIERS SUPÉRIEUR DE LA FRONTALE ASCENDANTE GAUCHE

Augmentation légère du nombre et du calibre des capillaires (par rapport à d'autres cerveaux pouvant être considérés comme normaux), mais surtout infiltration lymphocytaire formant autour de tous ces vaisseaux un manchon épais de 2 ou 3 rangs. Quelquefois, cette inflammation lymphocytaire remplit également la cavité du vaisseau.

La région symétrique droite, prise pour terme de comparaison, présente des lésions analogues à peine moins marquées.

Fragment prélevé sur la face interhémisphérique : lésions analogues.

Couche optique : lésions analogues des petits vaisseaux et autour d'un vaisseau plus volumineux. Quelques capillaires dilatés visibles avec leur bifurcation présentent les mêmes manchons lymphocytaires périvasculaires sur toute la partie visible de leur trajet.

*Pédoncule cérébral : Dans toutes ses parties superficielles les mêmes lésions vasculaires et périvasculaires peuvent être retrouvées ; elles existent également en profondeur autour du *locus niger*, mais la zone centrale de celui-ci où les cellules pigmentées sont les plus abondantes en est exempte.*

Il semble que les lésions de *périvascularité* aiguë ou sub-aiguë soient réparties dans toutes les régions examinées de l'écorce cérébrale et frappent de plus les noyaux gris du mésocéphale, ce qui semble confirmer l'idée de *méningo-encéphalite épidémique*.

Diagnostic.

L'importance du symptôme myoclonie avait permis de soupçonner fortement, dès le premier jour, l'Encéphalite épidémique.

L'apparition d'une hémiplégie massive était cependant de nature à soulever quelques doutes. Il n'y avait pas, avons-nous dit, de lésions cardiaques, ni d'hypertension artérielle pouvant l'expliquer. La syphilis cérébrale, non plus, n'était pas en jeu (pas de céphalées promontoires, pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, Wassermann négatif).

L'hypothèse d'une méningite tuberculeuse localisée était vraisemblable au premier abord ; mais les résultats négatifs de la ponction lombaire et l'évolution ultérieure montrèrent que cette hypothèse était inexacte. Enfin, une tumeur de la zone rolandique pouvait aussi rendre compte de l'hémiplégie ; l'absence absolue d'hypertension intra-cranienne, l'ab-

sence d'œdème papillaire firent aussi récuser ce diagnostic.

L'évolution subfébrile, l'aggravation rapide de l'état général, l'examen histologique levèrent rapidement les doutes et vinrent confirmer la première hypothèse.

Pronostic.

On comprendra qu'il nous soit difficile de baser un pronostic sur un seul cas. Il paraît cependant logique d'admettre que l'apparition d'une hémiplegie au cours d'une encéphalite épidémique aggrave le pronostic.

Pathogénie.

Nous sommes singulièrement gêné pour édifier une pathogénie sur le seul cas qui nous a été donné d'observer.

Nous avons dit qu'il n'y avait pas de lésions vasculaires ni méningées. L'examen histologique n'a montré que des lésions banales, observées dans tous les cas d'encéphalite épidémique. Pourquoi, dans ce cas particulier, y a-t-il eu hémiplégie massive et durable ? Il nous semble que celle-ci ne puisse s'expliquer que par la localisation des lésions d'ordre infectieux sur le cortex, ainsi que semble le prouver, d'ailleurs, d'autres symptômes observés : crises épileptiformes, aphasie, troubles psychiques qui appartiennent indubitablement à l'écorce.

Traitement.

Comme il est classique de le faire, on s'est adressé à l'urotropine (injection intraveineuse quotidienne de 2 grammes). On n'a observé aucune action ni sur la température, ni sur les autres symptômes. L'abcès de fixation n'a pas été tenté.

Conclusions.

I. — On ne peut formuler de conclusions définitives, car le cas qu'il nous a été donné d'observer est tout à fait exceptionnel.

Il ne s'agissait ni d'une hémorragie, ni d'un ramollissement cérébral, ni d'une méningite surajoutée.

II. — L'hémiplégie massive, paraissant exclusivement liée à l'encéphalite épidémique, est tout à fait rare.

III. — Il est difficile de baser un pronostic sur un seul cas ; *a priori*, l'apparition d'une hémiplégie au cours d'une encéphalite épidémique, paraît aggraver le pronostic.

IV. — Le traitement de cette forme rare ne donne lieu à aucune remarque spéciale ; dans le cas présent, on s'est adressé à l'urotropine sans résultats d'ailleurs.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

ROQUE.

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- AUSSET. — Encéphalite léthargique avec syndrome de Millard-Gübler chez un garçon de dix ans. (*Société de Pédiatrie*, 10 octobre 1920.)
- ACHARD. — L'Encéphalite léthargique.
- BOSC. — Myoclonies et formes myocloniques subaiguës malignes dans l'Encéphalite léthargique. (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 16 juillet 1920, p. 1042.)
- BREVET (Ch.). — Etude sur la forme myoclonique de l'Encéphalite épidémique. (*Thèse*, Paris, 1920.)
- CRUCHET, MOUTIER, CALMETTES. — Quarante cas d'Encéphalomyélite subaiguë. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 avril 1917, p. 474.)
- GUILLAIN. — Encéphalite léthargique avec crise épileptique initiale. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 oct, 1920, p. 1238.)
- KINDBERG et LELONG. — Encéphalite léthargique à forme aphasique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 4 nov, 1921, p. 1435.)
- NETTER (A.). — Encéphalite léthargique. Apparition d'une hémiparésie le lendemain d'une ponction lombaire pratiquée 70 jours après le début. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1^{er} juillet 1921, p. 1006.)

ROGER (H.). — Le polymorphisme de l'Encéphalite épidémique ; classification des formes cliniques. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 1920, p. 529.)

GONNET (A.). — Encéphalite épidémique à forme hémiplegique. (*Loire Médicale*, nov. 1923, p. 647.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Observation	13
Diagnostic	21
Pronostic	23
Pathogénie	24
Traitement	25
Conclusions	27
Bibliographie	29
